

**Specyfikacja techniczna używanego ambulansu z wyposażeniem do transportu pacjentów**

Oferowany ambulans sanitarny ( marka, typ, podać ): .....

Numer VIN .....

Rok produkcji ambulansu: ..... ( min. 2013 r.)

Przebieg w km: ..... (max. 140 000 )

1. Oświadczam, że oferowany ambulans sanitarny jest zgodny z wymaganiami określonymi w przepisach dotyczących warunków technicznych pojazdów **oraz zasad ich niezbędnego wyposażenia** ( Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 31.12 2002 r. (Dz. U. z 2003 r. Nr 32, poz. 262, z późn. zm.).
2. Oświadczamy, że oferowany ambulans odpowiada wymaganiom określonym w normie PN EN 1789 + A1: 2011 dla ambulansu i PN EN 1865 dla sprzętu medycznego oraz spełnia wszystkie warunki określone w Prawie o Ruchu Drogowym w zakresie odpowiednim do przedmiotu niniejszego postępowania, a nie określony w sposób odmienny w poniższych wymaganiach.
3. Oświadczamy, że oferowany ambulans spełnia określone poniżej wymagania dodatkowe:

## OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – WYMAGANE PARAMETRY TECHNICZNE

<b>Wymagane warunki dla samochodu bazowego, zabudowy medycznej i wyposażenia w sprzęt medyczny</b>	<b>Wymagane parametry należy potwierdzić TAK/NIE</b>	<b>Oferowane parametry techniczne należy opisać</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>I. NADWOZIE</b>		
1. Typu furgon zamknięty w kolorze białym lub żółtym (kolor lakieru zgodny z symboliką UE) o wymiarach wnętrza przedziału medycznego, charakteryzujący się wymiarami : a) wysokość – min. 180 cm b) długość - min. 2750 cm c) szerokość - min. 165 cm		
<b>II. SILNIK</b>		
1. silnik o pojemności min. 1900 cm <sup>3</sup> , 4-cylindrowy, turbodoładowany, wtrysk bezpośredni, 2. moc silnika minimum 110 KM, 3. skrzynia biegów manualna, min. 5 biegów do przodu i jeden wsteczny,		

4. norma emisji spalin Euro 5,		
<b>III. ZESPÓŁ PRZENIESIENIA NAPĘDU</b>		
Skrzynia biegów manualna min. 5 biegów do przodu i jeden do tyłu, synchronizowana z napędem na koła przednie lub tylne.		
<b>IV. ZAWIESZENIE</b>		
Zawieszenie powinno charakteryzować się podwyższonym komfortem jazdy, gwarantujące w trudnym terenie dobrą przyczepność kół do nawierzchni jezdni, stabilność i dobrą manewrowość, stabilizator osi przedniej.		
<b>V. UKŁAD HAMULCOWY, KIEROWNICZY I KOŁA</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hamulce tarczowe obu osi pojazdu, ze wspomaganiami, z układem zapobiegającym blokowaniu kół podczas hamowania oraz elektronicznym systemem stabilizacji toru jazdy.</li> <li>2. Układ kierowniczy ze wspomaganiami oraz regulowaną kolumną kierownicy.</li> <li>3. Obręcze kół szerokie, opony radialne. –2 komplety zimowe i letnie.</li> </ol>		
<b>VI. PRZEDZIAŁ MEDYCZNY</b>		
<p>Wyposażenie powinno być zamontowane w sposób bezpieczny, uniemożliwiający ich uszkodzenie lub zranienie osób poruszających się w pojeździe.</p> <p>Przedział medyczny oddzielony od przedziału kierowcy ścianą wzmocnioną, izolowaną z drzwiami przesuwными z możliwością przejścia.</p> <p>Centralna instalacja tlenowa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. z 2 butlami (każda 10 l tlenu pod ciśnieniem 150 atm.), <ul style="list-style-type: none"> <li>• z reduktorami</li> </ul> </li> <li>2. minimum 3 gniazda poboru tlenu monoblokowe typu panelowego.</li> </ol>		
<b>VII. LAWETA NOSZY GŁÓWNYCH</b>		
Laweta pod nosze główne umożliwiającym łatwe wprowadzenie noszy do ambulansu, z możliwością przechyłu lawety wraz z noszami do pozycji Trandelenburga w trakcie jazdy pojazdu, posiadające oznaczenie zgodności CE		
<b>VIII. ŚRODKI ŁĄCZNOŚCI</b>		

<p>📁📡 Miejsca do trwałego zamontowania radiotelefonu i możliwość podłączenia anteny zewnętrznej.</p> <p>📄📡 Antena powinna posiadać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>zakres częstotliwości 168 – 170 MHz;</li> <li>impedancję wejścia 50 Ohm;</li> <li>współczynnik fali stojącej 1,6;</li> <li>polaryzację pionową;</li> <li>charakterystykę promieniowania dookólną;</li> <li>odporność na działanie wiatru 55 m/s.</li> <li>anteny <math>1/4 \lambda</math>.</li> </ol> <p>3. Możliwość dostępu do anteny od wnętrza przedziału medycznego (w suficie przez lampę oświetlenia).</p>		
<p><b>IX. OZNAKOWANIE POJAZDU</b></p>		
<p>1 Belka świetlna koloru niebieskiego zamontowana w przedniej części pojazdu i dodatkowymi halogenowymi światłami roboczymi do oświetlania przedpola ambulansu</p> <p>2 Min. 2 niebieskie lampy pulsacyjne, zamontowane na wysokości pasa przedniego barwy niebieskiej</p> <p>3 Pas odblaskowy barwy niebieskiej dookoła pojazdu na wysokości linii podziału nadwozia, pas barwy czerwonej pod niebieskim.</p> <p>5 Napis lustrzany AMBULANS z przodu pojazdu.</p> <p>6 Oznakowanie symbolem ratownictwa medycznego i literką „P” zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r. oraz logo Zamawiającego.</p> <p>7 Pas odblaskowy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2010 r.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej, umieszczony w obszarze pomiędzy linią okien i nadkoli,</li> <li>pas odblaskowy z folii typu 3 barwy czerwonej umieszczony wokół dachu,</li> <li>pas odblaskowy z folii typu 1 lub 3 barwy niebieskiej umieszczony bezpośrednio nad pasem czerwonym (o którym mowa w pkt. „a”),</li> <li>na drzwiach kierowcy i pasażera naklejonego LOGO : SPZOZ w Sanoku (wzór dostarczy Zamawiający)</li> </ol>		
<p><b>X. DODATKOWE WYPOSAŻENIE AMBULANSU</b></p>		
<p>Dwie gaśnice p.poż (po jednej w przedziale medycznym i kierowcy), młotek do wybijania szyb i nóż do przecinania pasów bezpieczeństwa.</p>		

Poduszka powietrzna dla kierowcy i dla pasażera, boczne poduszki Przednie światła przeciwmgielne (fabryczne). Radioodtwarzacz + głośniki.		
<b>X. STAN TECHNICZNY AMBULANSU</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- karoseria samochodu bez ognisk korozji, zagięć, rys i przetarć lakieru,</li> <li>- szyby samochodu bez uszkodzeń -pęknięć i odprysków,</li> <li>- opony bez uszkodzeń, nie starsze niż 24 miesiące o jednakowym bieżniku i grubości min.4 mm</li> <li>- stan zawieszenia dobry bez luzów i uszkodzeń – amortyzatory o sprawność min. 50%</li> <li>- układ hamulcowy tj. tarcze oraz klocki hamulcowe w dobrym stanie o małym stopniu zużycia</li> </ul>		

#### **XI WYPOSAŻENIE MEDYCZNE AMBULANSU SANITAREGO**

<b>Wymagane warunki graniczne dla wyposażenia medycznego</b>	<b>Wymagane parametry należy potwierdzić TAK/NIE</b>	<b>Oferowane parametry techniczne należy opisać</b>
1	2	3
<b>1. NOSZE GŁÓWNE</b>		
z materacem z materiału nie przyjmującego krwi, brudu itp. Przystosowanym do mycia i dezynfekcji .		
nosze potrójnie łamane z możliwością ustawienia pozycji przeciwwstrząsowej, pozycji zmniejszającej napięcie mięśni brzucha oraz pozycji siedzącej		
Bezstopniowa, wspomagana sprężyną gazową lub inną regulacja nachylenia oparcia pod plecami do kąta min. 75 stopni.		
z zestawem pasów szelkowych i poprzecznych zabezpieczających pacjenta o regulowanej długości mocowanych bezpośrednio do ramy noszy.		
wysuwane uchwyty przednie i tylne do przenoszenia noszy, składane barierki boczne.		
waga oferowanych noszy max. 23 kg zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę noszy w kg);		

<b>2. TRANSPORTER NOSZY GŁÓWNYCH</b>		
Podać markę, model		
z systemem składanego podwozia umożliwiającym łatwy załadunek i rozładunek transportera do/z ambulansu		
z systemem szybkiego i bezpiecznego połączenia z noszami;		
regulacja wysokości , ustawianie wysokości wspomagane sprężynami		
możliwość ustawienia pozycji drenażowych (Trendelenburga i Fowlera na min. 3 poziomach pochylenia);		
Transporter wyposażony w dodatkowe uchylne uchwyty, ułatwiające pracę w przypadku transportu pacjentów bariatrycznych.		
waga transportera zgodnie z wymogami normy PN EN 1865 (podać wagę transportera w kg);		
transporter musi być zabezpieczony przed korozją poprzez wykonanie z odpowiedniego materiału lub poprzez zabezpieczenie środkami antykorozyjnymi;		

#### **XII. GWARANCJA I SERWIS**

<b>Wymagane warunki</b>	<b>Wymagane parametry należy potwierdzić TAK/NIE</b>	<b>Oferowane parametry techniczne należy opisać</b>
1.Okres gwarancji na cały przedmiot zamówienia min. 6 miesięcy.		

Zadaniem Wykonawcy jest dokładne zapoznanie się z powyższymi wymaganiami minimalnymi i zaferowanie przedmiotu zamówienia .

**Nie spełnienie któregokolwiek z parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty!**

.....dn..... 2016 r.

.....

/pieczęcie i podpisy osób uprawnionej/